

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-769560

190073

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 5445	Société : RAT	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : HADDOUCH HASSAN		
Date de naissance : 29 03 1970		
Adresse : 10 N 126 B 5C Ville verte		
Tél. : 066118959	Total des frais engagés : 63F. 70 DHS	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 08/01/2024		
Nom et prénom du malade : Haddouch Hassane		
Age : 53 ans		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Grippe Cryptogénée		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Grippe Cryptogénée		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 08/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06/02/2014	Consultation	1	15000	INP : 10911411033
Tel : 06.22.33.12.00	06.22.33.12.03			Docteur Hassan Diakhaté Médecine Générale 05.23.81.11.56 05.23.81.11.03

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GOLIAT Commercial Bouskoura Guirat Bouskoura - Casablanca 29/07/09 79649	06/11/2014	480,75

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																								
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																								
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																								
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Rows for recording treated teeth)	Nature des Soins (Rows for recording type of treatment)	Coefficient (Rows for recording coefficient)	INP : <input type="text"/>																				
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																				
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																				
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553
					H		G																	
					25533412	21433552	00000000	00000000																
					D		B																	
					00000000	00000000	35533411	11433553																
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																								
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
(Rows for recording treatment details)																								
(Rows for recording treatment details)																								
(Rows for recording treatment details)																								
(Rows for recording treatment details)																								

Docteur Hasni Dilar

Diplômée de la faculté
de médecine de Cadiz Espagne

Médecine générale

Certificat supérieur d'échographie Générale

Gynécologie médicale, Stérilet

Pédiatrie et Diabète.



الدكتورة ديلار حسني

خريجة كلية الطب بقادس إسبانيا

الطب العام

شهادة عليا في الفحص بالصدري

طب النساء و الحوامل، اللولب

طب الأطفال و السكري

Casablanca, Le

06/01/2024

EFFERALGAN®
20 comprimés effervescents



Préparatoires UPSA

AZIX® 500 mg
Azithromycine
3 Comprimés sécables

6 118000 040941

AZIX® 500 mg
Azithromycine
3 Comprimés sécables

6 118000 040941

CEFICO 200 mg
Boîte de 8
Comprimés pelliculés

6 118000 083160

CEFICO 200 mg
Boîte de 8
Comprimés pelliculés

6 118000 083160

SEPCEN® 500 mg
ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés

6 118000 230182

CEFICO 200 mg
Boîte de 8
Comprimés pelliculés

6 118000 083160

EFFIPRED®
20 Comprimés effervescents 20 mg

6 118000 031266

Habouch Mokamed

fgf
. Azix 500

up le 1^{er} jour

14,8 p 1/2cp petit
. Sepcen 500

gfgxh 1cp x 2

petit 10)

. Cefico 200 (2 boîte x 8)

40,0 1cp x 2 petit 8)

. Effipred 20 mg

1,0

3cp le mat petit

. Efferalgan cert

1cp

Docteur Hasni Dilar
Médecine Générale
Tél: 0522 59 07 09
0522 59 07 03

48,0

+

عمارة 9 شقة 2، دار السلام، طريق الرحمة، الألفة، البيضاء
Imm 9, Appt 2, Dar Essalam, Route Arrahma - Oulfa - Casa
Tél.: (+212) (0) 5 22 89 12 03 / E-mail: hdilar@hotmail.com